41e Année. — N° 43 Vendredi 26 Octobre 1894

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Revue critique : Complications médicales de la blennorrhagie, 673. — **Bibliographie** : Précis iconographique d'anatomie normale de l'œil (globe oculaire et nerf optique), par le Dr Rochon-Duvigneaud, 677. — Les médecins normands du XIIe au XIXe siècle, par le Dr Jules Roger, 678. — **Revue de la presse** : Classification des syphilides secondaires et tertiaires, 678. — **Académie de médecine** : *Séance du 23 octobre 1894.* — Présidence de M. J. Rochard. — Le surpeuplement dans les grandes villes, 679. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'influenza, 680. — Variole à Paris, 680. — Bicyclette, 681. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 19 octobre 1894.* — Présidence de M. Ferrand. — Contribution à l'étude du péristaltisme stomacal chez l'homme, 681. — Note sur un cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif, 681. — Goitre exophtalmique rapidement amélioré par la médication thyroïdienne, 682. — Diphtérie, 682. — Kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine, 682. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : *Séance du 11 juillet 1894.* — Présidence de M. Rotillon — Des plaintes contre le service médical, 683. — Diagnostic à inscrire sur les fiches de consultations, 683. — De l'indemnité des médecins des Bureaux de Bienfaisance en cas de maladie, 683. — Les nominations au service de l'état civil, 683. — Des pharmaciens en même temps fournisseurs et médecins des Bureaux de Bienfaisance, 683. — **Société de chirurgie** : *Séance du 15 octobre.* — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Méat hypograstrique, 684. — Ablation du rectum par le procédé de Kraske, 684. — Adénome polypeux du rectum, 684. — Uranoplastie facile, 684. — Chéiloplastie de la lèvre inférieure par un lambeau emprunté à la lèvre supérieure, 685. — Cystostomie sus-pubienne, 685. — **Variétés** : L'affaire Lafitte, 685.

REVUE CRITIQUE

Complications médicales de la blennorrhagie.

La connaissance de la nature infectieuse de la blennorrhagie a eu, entre autres résultats, celui d'attirer l'attention sur des complications rares de cette maladie, mais qui étaient considérées antérieurement plutôt comme des accidents peu susceptibles d'interprétation pathogénique. Aussi, depuis quelques années, les observations de ce genre ont-elles été publiées en plus grand nombre et les discussions qu'elles ont provoquées ont-elles fini par donner à l'infection blennorrhagique une physionomie nouvelle. Tous ces faits de complications à distance d'une interprétation souvent difficile, tendent cependant à faire de la blennorrhagie une maladie infectieuse pouvant intéresser les systèmes comme les autres infections.

Le gonocoque peut infecter l'organisme de deux façons, d'abord par voie de continuité donnant ainsi lieu à des complications d'ordre chirurgical du côté du vagin, de l'utérus, des trompes, des ovaires, du péritoine, de l'urèthre, de la prostate, de la vessie et des reins. Mais le virus peut causer des infections plus ou moins étendues et généralisées en pénétrant dans les voies lymphatiques, produisant une affection générale plus ou moins analogue à la pyémie avec phlébite, synovite, endocardite et embolies.

Parfois aussi l'infection, moins grave en apparence, parcourt son évolution d'une façon insidieuse ou sans grande tendance à la formation de pus ; de là, des affections purement médicales, dont le rapport avec la blennorrhagie peut être établi au point de vue clinique, plus difficilement au point de vue bactériologique.

Parmi les groupes d'affections dont on a publié plus fréquemment des observations dans ces dernières années, nous citerons les affections du système nerveux, les affections cutanées et l'endocardite.

Complications nerveuses. — Ces complications ont été vaguement signalées par E. Home, par Gull ; plus tard Peter insistait sur les myélopathies blennorrhagiques, Fournier sur la sciatique, Jullien signalait diverses complications nerveuses. Celles-ci peuvent porter sur le système nerveux central, sur les méninges, sur les nerfs périphériques. La blennorrhagie peut même réveiller l'hystérie latente ou la développer.

On doit d'abord à MM. Hayem et Parmentier un mémoire sur les manifestations spinales de la blennorrhagie. D'après ces auteurs, ces manifestations apparaissent quelques jours ou quelques semaines après le début l'uréthrite ou bien pendant le cours d'un rhumatisme blennorrhagique. Elles consistent en troubles de la sensibilité et de la mobilité ayant surtout leur siège sur les membres inférieurs. Ces troubles sont diversement associés. Lorsque les troubles de la sensibilité dominent, les malades accusent des douleurs dans le territoire du sciatique ou du crural, des douleurs en ceinture, de l'engourdissement des membres inférieurs, de l'hyperesthésie ou de la dysesthésie, des fourmillements. Généralement, les mouvements des membres inférieurs sont moins libres, parfois même ils sont tout à fait gênés, par suite de la pa-

résie. Dans ce cas, on constate d'autres phénomènes spinaux, tel que l'exagération des réflexes, de la trépidation épileptoïde, de la contracture, du tremblement, des douleurs fulgurantes. Enfin, dans une troisième catégorie de cas, la paraplégie existe seule à l'exclusion des troubles sensitifs, à un degré plus ou moins accusé. Mais les régions intéressées de la moelle ne sont pas toujours aussi limitées, parfois le mal paraît s'étendre à tout l'axe spinal. C'est ainsi que dans un cas décrit par MM. Chavier et Février, le malade présentait, outre des douleurs dorsales et d'autres phénomènes spinaux tels que la sciatique, l'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde des mouvements choréiformes localisés dans le membre supérieur droit et dans le tronc. Les membres inférieurs mêmes étaient le siège de crampes et de contractures cloniques déterminant des mouvements brusques de flexion et d'extension des jambes sur les cuisses. Enfin, le tremblement avait atteint la plupart des muscles des membres ; les membres inférieurs présentaient un degré notable de parésie qui empêchait le malade de se tenir debout. Tous ces troubles de la sensibilité et de la mobilité montrent que dans ce cas la moelle était intéressée dans la plus grande partie de sa hauteur.

Quelle est la nature des lésions qui produisent ces accidents, quel en est le siège? La marche des accidents, comme leur localisation, montrent que ces questions supportent plusieurs interprétations.

Des troubles éphémères laissent supposer une simple congestion de la moelle, d'autres plus persistants, très variés comme on l'a vu, font croire à une méningo-myélite généralement localisée à la partie inférieure et aux régions postéro-latérales de la moelle. La prédominance des phénomènes douloureux, permet de croire que les phénomènes méningitiques sont particulièrement intenses au niveau de l'émergence des nerfs postérieurs.

Presque toujours, surtout dans les complications spinales qui prennent une marche aiguë, les méninges sont intéressées en même temps que la moelle. Dufour, qui a réuni dans sa thèse les différents cas connus de méningo-myélite blennorrhagique considère que la forme la plus fréquente est la méningo-myélite dorso-lombaire, aiguë ou subaiguë. Les symptômes les plus habituellement observés dans ces cas sont une fièvre modérée, des douleurs plus ou moins intenses en ceinture, un point douloureux au niveau du foyer spinal, des fourmillements, de l'engourdissement des membres, des soubresauts musculaires dans les membres inférieurs, la perte de la sensibilité et la paraplégie. Les sphincters ne sont pas toujours indemnes et l'on trouve des troubles de la miction et de la défécation. Dans un cas, la myélite fut descendante et se termina par des accidents de paralysie bulbaire. Le malade avait été brusquement atteint de douleurs lombaires violentes, de fourmillements des membres inférieurs, au bout de quelques jours, de paraplégie, de paralysie vésicale et d'incontinence des matières. A l'autopsie, la moelle était ramollie dans toute son étendue et il existait des lésions méningées.

La méningo-myélite se montre pendant que l'écoulement est encore purulent ou à la fin de la période de purulence, plus rarement lorsque la blennorrhagie est guérie. La durée est fort variable car elle a oscillé de quinze jours à six mois, elle a même duré deux ans dans une observation.

Le pronostic sans être grave, est cependant sérieux autant qu'on en peut juger d'après le petit nombre d'observations, sur une douzaine de cas, les deux tiers des malades ont guéri.

Certains individus paraissent plus exposés que d'autres à être atteints de manifestations spinales, et comme l'a fait remarquer avec quelque raison M. P. Raymond, il s'agit plus d'une question de terrain, de prédisposition que d'une question d'intensité du virus, car les blennorrhagiques à manifestations spinales échappent en général aux complications ordinaires de la blennorrhagie. Un seul point mérite d'être relevé sous ce rapport, c'est la fréquence de l'arthrite chez cette catégorie de malades, et à ce point de vue il est même bon de surveiller la moelle chez les blennorrhagiques avec arthropathie et à système nerveux déprimé. Cette coïncidence avait frappé M. Bonnet, qui rattachait la méningite au rhumatisme blennorrhagique qui pouvait, d'après lui, déterminer des complications du côté du système nerveux central tout comme le rhumatisme articulaire. Mais malgré la coïncidence fréquente signalée, c'est bien à l'infection qu'il faut attribuer la méningo-myélite qui prend ainsi place à côté des autres myélites infectieuses de l'érysipèle, de la variole, etc. Enfin Charcot a cherché à donner de ces faits une autre interprétation et à subordonner l'affection médullaire à l'arthropathie dont elle serait une conséquence. Mais cette interprétation ne peut s'appliquer qu'aux cas où il existe une arthropathie qui n'est pas constante et ceux dans lesquels la myélite évolue avec de l'amyotrophie. Il n'est d'ailleurs pas douteux que dans certains cas l'atrophie musculaire relève de l'arthropathie. Il en est certainement ainsi lorsque cette atrophie atteint des groupes musculaires en rapport avec les articulations atteintes. Dans d'autres cas, par contre, l'atrophie musculaire est diffuse, elle atteint tout un membre ou même plusieurs membres, les muscles du tronc. Lorsqu'une atrophie musculaire présente une telle étendue et qu'elle est associée à d'autres phénomènes spinaux, notamment à des douleurs, à l'exagération des réflexes, à la trépidation épileptoïde, on en arrive forcément à les attribuer à une lésion médullaire siégeant sur les cornes antérieures. D'ailleurs les arthropathies peuvent être directement en rapport avec l'altération médullaire produite par la blennorrhagie, c'est ce qui arrive lorsque les arthropathies sont très nombreuses et sont elles-mêmes accompagnées d'atrophie musculaire plus ou moins généralisée, comme

s l'observation rapportée par M. F. Raymond. Pour
i-ci il s'agissait d'une atrophie musculaire généralisée
venue à la suite d'arthrites blennorrhagiques mul-
es et ayant présenté les caractères d'une myopathie
aitive. Mais il reconnaît en même temps que les ex-
ations que l'on peut donner de l'enchaînement des
dents morbides ne sont que des hypothèses.

a méningite cérébrale peut également se développer
s le cours ou au déclin de la blennorrhagie tout
me la méningo-myélite, et dans ce cas elle coïncide
lus souvent avec des arthropathies, ce qui avait fait
ettre par Bonnet et par Ball une méningite rhuma-
ale. On tend de plus en plus à considérer ici la
ingite cérébrale tout comme la méningite spinale
me une conséquence directe de l'infection. Un seul
nent fait défaut pour être plus affirmatif, c'est la
sence des gonocoques dans le pus des méninges.

es affections périphériques des nerfs ne sont pas
rares dans la blennhorrhagie, elles intéressent
tout les nerfs de la sensibilité, et avec une fréquence
ticulière le sciatique. C'est surtout Fournier qui a
alé la sciatique comme une complication de la blen-
rhagie. Brisson en a ensuite décrit les caractères.
sciatique, dans ces circonstances, se montre dans le
rant de la deuxième ou de la troisième semaine.
apparaît brusquement pendant la nuit pour atteindre
de suite sa plus grande intensité, et pour décroître
uite, mais les douleurs n'en subsistent pas moins
dant plusieurs semaines, associées à des sensations
fourmillement, de crampes dans les muscles de la
sse et sujettes aussi à des exacerbations. Un des ca-
tères très communs de cette sciatique est d'avoir un
nt douloureux à l'émergence du nerf et de ne pas
asser le creux proplité. Cette sciatique peut repa-
tre avec une nouvelle blennorrhagie et elle dispa-
t avec la maladie dont elle paraît dépendre.

D'autres nerfs que le sciatique peuvent être atteints.
névralgie crurale a été signalée par Coutagne,
yem et Parmentier, par Tixier, par Frænkel. On
t encore qu'elles sont très fréquemment associées
x arthropathies. Dans quelques cas elles relèvent des
ions médullaires, mais alors d'autres signes mettent
la voie et indiquent la véritable origine de ces dou-
rs. D'un autre côté, on se mettra en garde contre la
atique double qui indique très souvent des lésions
dullaires. Une autre catégorie de névralgies, qui
paraissent au cours de la blennorrhagie, sont celles
i se développent à la suite de l'orchite. Les malades
eints de cette complication présentent parfois une
vralgie crurale, lombo-abdominale ou sciatique; il
girait, pour Mauriac, de névralgies réflexes dont le
int de départ est dans le testicule atteint, l'irritation
flexe se propageant à la moelle et se réfléchissant
r diverses voies.

Quant à la nature de ces névralgies, il semblerait,
tant qu'on en peut juger par analogie, qu'on ait affaire
les névrites infectieuses plutôt qu'à une véritable né-
vralgie. Ce qui permet de le supposer, ce sont les cas de polynévrite blennorrhagique, signalés entre autres par Engel-Reimers. Ces cas montrent que les nerfs moteurs peuvent être intéressés comme le nerf de la sensibilité. Dans un cas mentionné par ces auteurs, le malade, après avoir eu une blennorrhagie compliquée de cystite, avait éprouvé de la faiblesse et des douleurs des jambes, puis ces douleurs et cet affaiblissement se montrèrent dans les membres supérieurs. Le malade fut à peu près complètement paralysé, tandis que la sensibilité était intacte. Les réflexes tendineux faisaient complètement défaut. Les muscles paralysés étaient très sensibles à la pression, ne répondaient presque plus, à un moment donné, à l'excitation faradique et galvanique, enfin, s'atrophiaient considérablement. Il n'y avait pas de réaction de dégénérescence. Deux semaines plus tard, le malade pouvait faire quelques mouvements des bras et de la cuisse. Puis la paralysie atteignit pendant quelques jours les muscles du larynx et de la face. La convalescence était complète neuf semaines après le début de la maladie. Le même auteur cite un fait analogue chez une femme de 23 ans, contagionnée en même temps qu'elle devenait enceinte.

Si l'évolution et la nature de ces accidents permettent de les rattacher à une névrite, nous ne sommes guère renseignés sur les lésions des nerfs dans ces circonstances, et sur la manière dont se développent ces névrites. On sait cependant que certaines névrites de cette catégorie peuvent se développer à la suite d'une arthrite blennorrhagique des articulations vertébrales.

Nous pourrions enfin ranger dans les complications nerveuses de la blennorrhagie certaines névroses dont cette affection paraît être l'occasion. M. Jullien a décrit une névrose de sensibilité (uréthralgie, sensibilité génitale), une névrose de motilité (cystospasmes, urétrospasmes), une névrose sécrétoire. Mais, il ne s'agit pas là de névrose générale, mais bien plutôt d'une complication locale, et à propos de laquelle on ne peut dire, au sens propre des termes, que la blennorrhagie peut développer des névroses. L'hypochondrie, la neurasthénie, n'appartiennent pas spécialement au blennorrhagique, tous les urinaires ou les génitaux peuvent y être exposés. C'est dans le même sens qu'il faut interpréter l'observation rapportée par Lucien Raynaud, d'un médecin blennorrhagique qui présenta subitement le syndrome de l'hystérie convulsive, sans que ce malade ait eu antérieurement rien de semblable.

Affections cutanées. — Les déterminations cutanées de la blennorrhagie ont été décrites surtout par les médecins français, notamment par Voituriez et par Perrin. Les éruptions ne sont pas fréquentes au cours de la blennorrhagie, si l'on en distrait celles qui sont produites par l'emploi des balsamiques. Voituriez a observé un cas de blennorrhagie avec orchite, dans lequel un exanthème semblable à la rougeole s'est développé sans aucune médication. Il assigne à cette éruption, les caractères suivants : l'exanthème ressemble à la rou-

geole ou la scarlatine, et s'accompagne de desquamation; sa durée moyenne est de huit jours; il produit peu de démangeaisons à l'inverse de ce que détermine le copahu; il se généralise le plus souvent; il n'est pas influencé par le traitement; il s'accompagne enfin souvent de fièvre. De son côté, Léon Perrin a pu recueillir 20 cas d'éruption dans la blennorrhagie, auxquels il en a ajouté deux personnels. A part peu d'exceptions, ce sont les hommes qui sont exposés à cette complication. Les excès de toute sorte, les efforts corporels semblent jouer un certain rôle dans l'étiologie. La prédisposition individuelle, si tant est qu'elle existe, ne se manifeste pas à toute atteinte de blennorrhagie chez le même individu. Ces exanthèmes n'ont rien de caractéristique. Dans quelques cas, c'est le purpura qui a été observé, le plus souvent il s'agit d'un érythème polymorphe, d'un érythème noueux ou d'un érythème scarlatiniforme, qui s'accompagne de poussées analogues du côté de pharynx, plus rarement du côté de la conjonctive et du larynx. Des phénomènes prodromiques fébriles, précèdent de plusieurs jours l'éruption et pourraient faire penser à la variole ou à une fièvre typhoïde, puis ils disparaissent avec l'apparition de l'exanthème. Ce dernier a souvent un caractère tout à fait éphémère, il dure en moyenne sept à huit jours, se termine par une desquamation et n'a aucune importance pronostique au point de vue de la blennorrhagie. La rareté relative de cet exanthème, l'absence de caractères typiques, son influence nulle sur la marche de la blennorrhagie font penser qu'il constitue une complication accidentelle de la blennorrhagie et que les deux maladies n'ont, en somme, aucun rapport. Cependant il n'en serait pas ainsi dans tous les cas. Ce qui le ferait supposer, c'est que l'éruption apparaît le plus souvent dans la période aiguë de la blennorrhagie ou pendant une recrudescence aiguë et qu'enfin on l'observe avec d'autres complication, comme l'orchite l'épididymite et surtout avec l'arthrite blennorrhagique. Au point de vue pathogénique, M. Perrin admet que cet exanthème se produit par une action réflexe sur le système nerveux vaso-moteur, c'est une angio-névrose déterminée par une imitation de l'appareil génito-urinaire et en somme analogue à celle que déterminent d'autres maladies de cet appareil. L'explication est plausible si l'on remarque que cet exanthème affecte une asymétrie fréquente et se traduit surtout par de la congestion. L'infection n'aurait donc, d'après cette opinion, rien à voir dans la pathogénie de cet ordre de complications, sauf dans les cas où elle accompagne une infection septique blennorrhagique.

Cardiopathies blennorrhagiques. — Comme les autres complications que nous avons passées en revue, les complications cardiaques ont été signalées il y a déjà quarante ans, mais elles étaient encore considérées comme rares et bénignes. Plus récemment Leyden, His, Wilms, ont montré que la blennorrhagie peut déterminer une endocardite maligne mortelle. Les observations rapportées ont trait à des cas d'endocardite ce[z] les sujets simplement atteints d'uréthrite blennorra[gique]. Parfois c'est seulement un ralentissement [du] pouls qui a été noté sans lésion des séreuses cardiaq[ues]. Chez d'autres malades, on a observé des irrégularé[s] dans les battements du cœur, des souffles cardiaq[ues] temporaires.

Bien plus souvent, il s'agit d'une véritable endoc[ar]dite qui se manifeste à une époque variable, depuis [les] premiers jours jusqu'à plusieurs semaines, après [le] début de la blennorrhagie. La complication peut enc[ore] apparaître à une deuxième ou troisième atteinte. [Les] individus déjà atteints d'affection cardiaque, sont p[ar]ticulièrement prédisposés. Un malade observé [par] W. His, étant atteint d'insuffisance mitrale latente [de] cause rhumatismale, eut, à la suite d'une blennorr[a]gie, une endocardite suivie d'une embolie cérébrale. [Il] s'agissait d'un étudiant âgé de 23 ans, chez leq[uel] l'état du cœur s'améliora dans la suite. Il est évid[ent] que dans ce cas, la lésion cardiaque antérieure cons[ti]tuait un *locus minoris résistentiæ* qui appelait l'action [des] germes infectieux. Souvent, mais non toujours, [une] arthropathie blennorrhagique mono ou polyarticula[ire] coïncide avec l'encocardite (16 fois sur 22, d'ap[rès] G. Lion), et rend l'interprétation pathogénique de [ces] cas, quelque peu difficile.

L'endocardite blennorrhagique se présente sous de[ux] formes : elle peut être simple comme cela arrive dans [le] plus grand nombre de cas, ou infectieuse et se ma[ni]fester par des phénomènes d'une grande gravité, se t[er]minant par la mort.

L'endocardite non infectieuse a un début insidie[ux] comme l'endocardite rhumatismale avec laquelle [on] peut la confondre. L'auscultation seule permet alo[rs] de la découvrir ; on entend alors les bruits de souf[fle] le plus souvent localisés à la valvule mitrale et ayan[t] les caractères qu'on note dans toutes les endocardi[tes] simples.

Parmi les symptômes généraux, on a noté de l'angois[se] précordiale, des palpitations, une douleur plus ou moi[ns] vive sur le phrénique, enfin des phénomènes fébriles[,] exacerbations vespérales, mais la fièvre n'a rien [de] constant. Si ces phénomènes existent, ils n'ont qu'u[ne] courte durée, et au bout d'un certain temps, lorsque l[es] phénomènes subaigus ou aigus ont disparu, les lésio[ns] valvulaires restent latentes et silencieuses, mais n'[en] entraînent pas moins leurs conséquences habituelle[s]. Dans une observation rapportée par M. Richardièr[e] les symptômes qui attirèrent l'attention sur le cœ[ur] furent : l'élévation de la température qui monte pl[u]sieurs fois de suite à 39 degrés avec une rémissi[on] matinale de 2 degrés ; des douleurs assez vives à [la] région précordiale ; des battements de cœur survenan[t] par accès, à l'occasion des mouvements et des repo[s]. Dans la suite, un souffle mitral persiste avec son carac[-]tère primitif de raideur.

La seconde forme d'endocardite, forme infectieus[e]

euse et végétante, se termine habituellement par rt. Les observations de His et de Leyden, ont ntré la réalité de cette forme qui paraît être très et qui se développe chez les blennorrhagiques nts déjà de complication, d'arthropathies surtout. locardite infectieuse survient un certain temps le début, ce qui a pu parfois faire méconnaître caractère.

ndocardite infectieuse blennorrhagique débute plusieurs semaines d'écoulement, par des frissons se répètent plusieurs jours de suite. Puis surnent des manifestations infectieuses de diverse e, des pétéchies cutanées ou une roséole, des rragies viscérales, des thromboses, des embolies, bcès dans différents organes. L'état général est vais, les malades ont de la prostration ou en état oïde, de l'hypertrophie de la rate. On peut encore rver de l'albuminurie, de la polyurie, de la dégénénce graisseuse du foie, de l'hydrothorax, de l'hyéricarde, etc.

mme signes locaux, on trouve une matité cardiaque étendue, des souffles plus ou moins rudes à la te et à l'orifice aortique. Le pouls est irrégulier et uent.

l'autopsie, les lésions cardiaques sont considérables. orifices valvulaires sont le siège de végétations uqueuses et d'ulcérations. Le myocarde peut préer des abcès miliaires, des foyers de dégénérescence sseuse ou de prolifération de cellules embryones. Les artères du cœur sont atteintes d'endartérite nt jusqu'à l'oblitération. Les autres lésions sont s que l'on trouve dans tous les cas d'endocardite reuse.

es examens bactériologiques pratiqués par Michaelis s le cas de Leyden, par Councilman et Uffreducei, démontré la présence des gonocoques sur les végéons endocardiques. Toutefois les caractères prés par les microorganismes n'ont pas paru assez ctifs pour entraîner toutes les convictions, d'autant qu'on n'a pas réussi à obtenir des cultures de ocoques recueillis sur l'endocardite. Malgré cette me, la clinique n'en montre pas moins la réalité de docardite développée à la suite de la blennorrhagie ple ou infectieuse.

L. Jumon.

BIBLIOGRAPHIE

écis iconographique d'anatomie normale de l'œil globe oculaire et nerf optique), par le Dr Rochon-Duvigneaud, ancien chef du laboratoire et chef de linique ophthalmologique à l'Hôtel-Dieu. In-8, 136 p. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1894.

L'auteur le dit très nettement dans son avant-propos : ne cherche nullement à reproduire les opinions déjà formulées par les auteurs, ni à faire œuvre d'érudition en donnant une bibliographie complète. Il a tenu surtout à faire un livre personnel, à donner *son* anatomie de l'œil, à reproduire les résultats qu'il avait personnellement obtenus.

Ne pouvant donner un résumé complet d'un ouvrage purement didactique, nous nous bornerons à signaler, en outre de la description de l'angle irien sur lequel M. Rochon-Duvigneaud avait déjà fait des travaux remarquables, les deux chapitres qu'il consacre à l'iris et à la rétine.

M. Rochon-Duvigneaud montre clairement la continuité de l'iris avec la couche choroïdienne du corps ciliaire et trouve que le véritable nom anatomique de cette membrane serait *chorio-rétine irienne. Iris* est bien plus joli.

La musculature irienne, dit l'auteur, se compose d'un sphincter circulaire autour de la pupille et probablement aussi d'un dilatateur radié que les histologistes n'ont jamais pu démontrer d'une façon absolument satisfaisante. M. Rochon-Duvigneaud montre fort bien, après tant d'autres, la nécessité physiologique de ce dilatateur de la pupille. Ce muscle dilatateur ne peut être cherché que dans la membrane de Henle, fine membrane qui repose directement sur la couche uvéale et la sépare de la lame cellulo-conjonctive de l'iris. Cette membrane, isolée et dissociée, apparaît formée d'éléments cellulaires fins et allongés, assez analogues mais non identiques à des fibres musculaires lisses. M. Rochon-Duvigneaud n'a donc pas été plus heureux que ses prédécesseurs et le muscle dilatateur de la pupille reste encore à démontrer anatomiquement.

La rétine est la membrane de l'œil qui de longtemps encore fournira le champ le plus vaste aux recherches des histologistes. Les procédés de Golgi ont, il est vrai, apporté un élément très important dans l'étude des centres nerveux et de la rétine, en permettant d'établir que la transmission nerveuse se fait non par continuité (théorie ancienne des anastomoses entre cellules nerveuses) mais bien par contiguité (les prolongements des cellules nerveuses se rejoignent, se touchent, mais sans s'anastomoser). La méthode de Golgi donne des résultats incomparables au sujet des prolongements cellulaires et de leurs terminaisons ; elle dessine en noir quelques cellules et leurs arborisations, et laisse au reste du tissu une couleur jaunâtre dans laquelle rien n'est distinct. Cette méthode serait au contraire tout à fait insuffisante pour l'étude d'ensemble des masses nerveuses. L'auteur a tiré parti de ces nouveaux moyens d'étude pour donner une excellente description de la rétine, de sa partie cérébrale et de sa partie épithéliale, et de sa vascularisation.

L'ouvrage se termine par la description de quatre embryons humains de 35 jours à 4 mois 1/2.

Ce livre doit être mis en bonne place dans la bibliothèque de tous ceux qui s'occupent d'oculistique ou d'anatomie ; ses descriptions très précises, accompa-

gnées de figures très claires, mériteront longtemps d'être consultées. A. CHEVALLEREAU.

Les médecins normands du XII^e^ au XIX^e^ siècle, par le D^r^ JULES ROGER (du Havre).(Biographie et Bibliographie. — Ouvrage orné de 5 portraits. Paris, Steinheil, 1895.

Depuis les travaux de Quesnay, de Morin et de Pluquet sur les origines de la chirurgie en France, aucune biographie n'avait été publiée sur Jean Pitard et Henry de Mondeville qui fut plus complète et plus intéressante que celle du D^r^ J. Roger.

Sauf le livre magistral du professeur Nicaise et quelques notices de Chereau, Marchand et Malgaigne, aucun travail d'ensemble n'avait été donné sur ces premiers grands maîtres auxquels on doit la ligature, la torsion des artères, l'anesthésie opératoire à l'aide de l'opium, de la morille, de la ciguë, de la mandragore, etc., dont les sucs étaient recueillis sur une éponge. Pour réveiller le patient, le vinaigre remplaçait les narcotiques.

Le D^r^ J. Roger montre aussi que mieux inspiré que son maître Pitard, Mondeville évitait la suppuration des plaies. C'est encore à Pitard et H. de Mondeville, ces deux fondateurs de la confrérie de Saint-Come, que sont dus les préceptes déontologiques tracés par ces hommes illustres qui flétrissaient les charlatans « illettrés stupides, d'un orgueil rare, boursouflés d'amour-propre, prétendant avoir reçu de leurs ancêtres également illettrés, comme un héritage successif, le don d'opération manuelle ».

Le même ouvrage comprend la biographie de plus de 250 médecins du Calvados, de la Manche, de l'Orne et de l'Eure. Il nous suffira d'en citer quelques-uns pour montrer combien l'auteur a consciencieusement fouillé les archives des Sociétés savantes, des départements, et les papiers de familles pour tirer de l'oubli tant de membres recommandables de la grande famille médicale.

Courual + (1627). — Lepecq de la Clôture + (1804). — Laumonier + (1818). — Lecreps + (1841). — Royer (1867). — Constantin James (1888). — Vicq d'Azyr (1794). — Vartel (1873). — Dumesnil (1884). — Roullaud (1875). — Desgenettes (1837). — Quesnay (1774). — Daniel (1762). — Auzoux (1880). — Desmares (1882), enfin notre infortuné collègue Le Prévost, victime de son courage professionnel et mort si jeune au Havre où déjà sa réputation était fort étendue.

Comme on le voit toutes les époques sont représentées dans ce vaste compendium historique et les contemporains du siècle y peuvent être mis en parallèle avec les membres du corps médical de toutes les époques.

Toutes les familles qui ont eu des attaches dans le corps médical normand trouveront un vif intérêt à lire ces pages où vibre le « chauvinisme » professionnel.

C'est un sillon tracé pour les chercheurs, surtout par les « Académies provinciales » qui ont tout intér[êt] à inscrire les noms de leurs devanciers sur le frontis[pice] de leurs Ecoles.

Ajoutons que les cinq portraits ajoutés aux bio[gra]phies de Boyer, Auzoux, Vicq d'Azyr, Daniel et De[sge]nettes rehaussent encore la valeur de ce travail e[t] capable de prouver au public de cette fin de siècle q[ue] les médecins sont des hommes de science et de dév[ou]ement. D^r^ H. DAUCHEZ.

REVUE DE LA PRESSE

Classification des syphilides secondaires et tert[iai]res. — Le D^r^ ALEX. RENAULT, le savant médecin [de] l'hôpital Broca, propose, dans le *Journal des Praticie[ns]* une classification des syphilides secondaires et ter[tiai]res qui a au moins le mérite de la clarté et de la s[im]plicité.

Pour les premières comme pour les secondes, di[t-il] les caractères distinctifs sont au nombre de trois :

1° Les syphilides précoces, ainsi que leur nom l'[in]dique, apparaissent de bonne heure, c'est-à-dire d[ans] les premiers mois après le chancre.

2° Elles sont généralisées, c'est-à-dire étendues à [la] totalité de la surface tégumentaire.

3° Elles sont essentiellement résolutives et ne l[ais]sent aucune trace de leur passage, par conséquent [ni] de cicatrices.

Les syphilides tardives, au contraire, se reconn[ais]sent à trois caractères diamétralement opposés.

1° Elles se montrent, sauf exceptions, longtem[ps] après le début de l'infection.

2° Elles sont limitées et circonscrites à une partie [des] téguments.

3° Elles laissent enfin des cicatrices indélébiles.

Entre ces éruptions des diverses étapes de la syphi[lis] il est possible de faire des rapprochements qui en fa[ci]litent l'étude et aident la mémoire.

Or, quand on examine les faits avec soin et qu'[on] cherche à les synthétiser, on arrive à reconnaître q[ue] toutes les syphilides, précoces aussi bien que tardiv[es] peuvent se rapporter à deux types ; l'érythème et [la] papule, pour les efflorescences précoces ; la pustule [et] la gomme pour les éruptions tardives.

Les variétés multiples de syphilides que la cliniq[ue] révèle dérivent de ces types fondamentaux, de te[lle] sorte que les distinctions établies par les auteurs [ne] reposent que sur des différences de volume, d'étendu[e] de surface et de disposition à la surface de la peau, d[es] lésions primordiales que nous venons d'indiquer. Ma[is] en réalité, on n'en découvre pas d'autres.

Qu'il s'agisse de la roséole commune ou des variét[és] dites : ortiée, circinée, miliaire, c'est toujours la tac[he] érythémateuse que l'on rencontre, saillante, à la faç[on] d'une plaque d'urticaire, dans la première forme, di[te]

sée en cercle ou segment de cercle, dans la seconde; nuscule, comme un grain de mil, dans la troisième. Même constatation dans le groupe, cependant si mplexe, des éruptions papuleuses.

Ici les espèces sont basées sur l'étendue, l'aspect de surface et la disposition des éléments papuleux. étendue progressivement croissante de la lésion pro- ira les syphilides papulo-granuleuse, lenticulaire, mmulaire, en nappe.

Prend-on en considération la surface de la papule ? n aura les syphilides papulo-squameuses, psoriasi- rmes, granulées, croûteuses, cornées, plâtreuses, mides, en crevasses.

Enfin la disposition des éléments éruptifs à la sur- ce des téguments donnera lieu aux syphilides dissé- inées au hasard, ou bien circinées, en cocarde, en sace, en corymbe, en feuillets de livre. Dans tous les s la papule constituera l'élément unique et indis- ensable de l'éruption.

En dehors de ces deux types on en décrit habituelle- ent trois autres : les syphilides squameuse, vésicu- use, pigmentaire ou maculeuse ; mais en soumettant s faits à la critique, on peut affirmer d'abord que des yphilides squameuses vraies n'ont encore été consta- ées par personne. Les syphilides vésiculeuses ne peu- ent être niées puisque des maîtres éminents les admet- ent, mais on peut au moins les considérer comme une uriosité pathologique.

Il ne saurait en être de même pour la syphilide dite igmentaire, c'est-à-dire pour ces pigmentations spé- iales en dentelle ou en îlots que l'on constate si sou- ent sur le cou des femmes atteintes de vérole. Rien 'est mieux démontré que cette lésion. Il suffit, pour en cquérir la preuve, de parcourir une seule fois un ser- ice spécial ; mais cette lésion ne doit plus être consi- érée comme spécifique. M. Fournier la range dans la lasse des affections qu'il appelle parasyphilitiques pour ndiquer d'un mot que celles-ci ont des liens de parenté vec la vérole, mais n'en descendent pas en ligne di- ecte. Telle est aussi la manière de voir de Fox et de aposi. Ce dernier la considère comme une mélanoder- nie cachectique, due à la dénutrition générale et à l'al- ération des globules sanguins, résultant de la pénétra- ion du virus syphilitique dans l'économie. On peut upposer rationnellement que l'hémoglobine perd ses dhérences avec les hématies, s'en détache et se dépose ans les mailles cutanées sous forme de pigment.

***

Le même travail critique peut être fait pour les syphi- ides tardives et aboutir aux mêmes conclusions. Quelles que soient, en effet, les variétés que l'on rencontre, toutes dérivent de deux processus anatomiques bien tranchés : la pustule et la gomme. Les éruptions pustu- leuses peuvent ressembler à celles de l'acné, de la va- riole, de l'impétigo, de l'ecthyma, d'où autant d'espèces, cliniquement et nominativement distinctes, mais la lé- sion unique est toujours la pustule avec l'évolution qu'on lui connaît : dessiccation du produit de sécrétion, for- mation d'une croûte, ulcère sous-jacent, dont l'étendue, la profondeur et la durée varient selon la gravité de la maladie et l'intervention thérapeutique.

Les autres formes de syphilides tardives, auxquelles les auteurs se sont complus à donner les appellations les plus diverses, en raison de la multiciplité de leur aspect objectif : syphilide papulo-tuberculeuse, à marche serpigineuse ou térébrante, lupus syphilitique, etc., doi- vent être toutes réunies, d'après la juste remarque de M. Fournier, sous le terme générique de gommes cuta- nées. Toutes, en effet, ont la structure de la gomme et en suivent l'évolution, c'est-à-dire qu'elles sont consti- tuées par des nodules de cellules embryonnaires et aboutissent à la résolution ou à l'ulcère. Il s'agit donc là, en résumé, d'un groupe, qui comporte des variétés objectives, mais qui, au point de vue anatomique, doit être considéré comme indivisible.

Quant aux efflorescences syphilitiques appelées bul- leuses, le pemphigus et le rupia, M. Alex. Renault les fait rentrer dans le groupe pustule et ne les considère que comme des modifications accidentelles et transi- toires de ce mode éruptif. A. Ch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Terrillon, qui se porte candidat dans la section de méde- cine opératoire ; 2° une lettre de M. le Dr de Backer envoyant un pli cacheté (accepté) ; 3° une lettre de M. le Dr Coni, se portant candidat au titre de correspondant étranger ; 4° trois notes manuscrites sur la rougeole, le typhus et la variole aux Andelys, par le Dr Ch. Rayer ; 4° une note de M. le Dr Thomopoulos (d'Athènes), sur l'intubation du larynx et les injections pulmonaires intratractéales chez les hippo- cratiques.

Le surpeuplement dans les grandes villes. — M. J. Ber- tillon fait une lecture sur le degré de surpeuplement des habitations à Paris et dans les principales villes de l'Eu- rope.

Il ne suffit pas, pour faire une statistique de l'habitation, de savoir combien il existe de logements de telle et telle valeur, ni combien il y a de logements composés de tel et tel nombre de pièces, il faut surtout savoir combien il y a d'habitants dans chacune de ces catégories de logements.

On arrive ainsi à trouver dans le système fiscal de la Ville de Paris de singulières anomalies. On sait que la Ville exempte très généreusement d'impôt mobilier les loge- ments valant moins de 500 francs de loyer (c'est-à-dire qu'il fait payer par les autres contribuables l'impôt de ces logements) ; cependant, lorsqu'un individu vivant seul oc- cupe deux pièces à lui tout seul, peut-on dire que son faible loyer est un indice de pauvreté? — Évidemment non : la seconde pièce qu'il occupe est pour lui une sorte de luxe et prouve amplement qu'il peut payer; et pourtant, c'est en raison même de ce logement, trop grand pour lui, qu'il est dispensé d'impôt aux dépens des autres. M. Bertillon

établit que sur 523.596 logements exemptés d'impôts, il y en a environ 400.000 qui, en raison du peu d'habitants qu'ils contiennent, ne sont pas indice de pauvreté.

Au contraire, il y a un certain nombre de logements plus considérables, qui sont surpeuplés. C'est le cas, par exemple, lorsqu'un logement de 3 pièces est occupé par 7, 8 ou 10 personnes et davantage encore. La conclusion de ce qui précède est que l'on devrait tenir compte, pour le calcul de l'impôt, non seulement du montant du loyer, mais aussi du nombre de personnes qui vivent dans le logement.

Un logement est encombré ou *surpeuplé* lorsque le nombre de ses habitants dépasse le double du nombre de pièces qui composent ce logement. A ce compte il y a à Paris 332.000 personnes, soit 14 p. 100 de la population qui sont en encombrement aux dépens de l'hygiène et même de la morale.

Naturellement cette proportion varie beaucoup d'un arrondissement à l'autre. Si l'on dresse la carte de l'encombrement à Paris, on trouve que cette carte ressemble absolument à la carte de la mortalité. Les maladies transmises et notamment la plus terrible à toutes, la phtisie, sont beaucoup plus répandues dans les arrondissements ou le surpeuplement des logements est fréquent que dans ceux où il est rare.

Plus les familles sont nombreuses, plus il est fréquent de les voir souffrir d'encombrement. Ici, encore, nos lois fiscales les frappent injustement, au profit des familles les moins nombreuses.

Une partie importante de la population de Paris souffre donc de surpeuplement. On ne peut comparer ici Paris aux grandes villes de province, puisque cette recherche n'a été faite que dans la capitale. Mais on peut comparer Paris aux grandes villes étrangères.

Disons-le tout de suite : si les Parisiens sont trop souvent mal logés, les habitants de Berlin, de Vienne, de Budapest, de Saint-Pétersbourg, de Moscou et probablement aussi (d'après des statistiques incomplètes) ceux de Londres, le sont beaucoup plus mal encore. A Paris, l'homme le plus pauvre a un logement à lui, nous ne connaissons pas ici les *schlafstelle* si nombreux dans les villes étrangères, c'est-à-dire ces malheureux qui louent un lit (et quelquefois une portion de lit ou simplement un coin de chambre) dans le logement occupé par la famille d'un autre malheureux. Nous ne connaissons pas les logements dans les caves (ou plus exactement dans le sous-sol) que l'on trouve en assez petit nombre dans les Flandres et qui sont très fréquents dans les villes allemandes et notamment à Berlin, à Vienne et à Budapest où on les trouve dans le centre même de la ville.

Quant au surpeuplement, il est bien plus fréquent dans ces villes qu'il ne l'est à Paris. Voici quelques chiffres que M. Bertillon a, d'ailleurs, présentés qu'avec des réserves, car les différences de définition rendent les statistiques difficiles à comparer. A Paris, 14 p. 100 de la population souffrent d'encombrement ; à Berlin, cette proportion s'élève à 28 ; à Saint-Pétersbourg à 46 ; à Moscou à 31 ; à Vienne, elle s'élève à 28 ; enfin à Budapest, le surpeuplement est encore plus fréquent et 71 p. 100 des habitants de cette ville pourtant si monumentale et si belle, vivent dans un fâcheux état de promiscuité.

Mais le fait que les autres souffrent plus que nous, ne doit pas nous faire fermer les yeux sur le malheur de nos propres concitoyens. Une meilleure répartition de l'impôt serait un acte de justice, mais ne serait qu'un palliatif du mal. Il faut surtout favoriser la construction de maisons ouvrières rendant moins difficile et moins dangereuse pour les intérêts du propriétaire la gestion de ces maisons. (Comm. MM. Monod et Lagneau.)

Recherches expérimentales et cliniques sur l'influenza. — M. Alph. Mossé a poursuivi depuis trois ans sur ce sujet des investigations dont la note actuelle donne le résumé.

M. Mossé a fait trois séries d'expériences sur des lapins en leur inoculant chaque fois un centimètre cube de solution quinique. Des inoculations avaient d'abord été faites avec du sang d'homme influencé et pour contrôle avec du sang d'homme sain.

Dans une seconde série d'expériences, M. Mossé a inoculé des cultures de microbes. L'ensemble des expériences de cette série montre, comme la première série, l'action prophylactique de la quinine.

Dans la troisième série d'expériences, M. Mossé a fait des inoculations de cultures obtenues par l'ensemencement du sang d'animaux ou d'hommes influencés. Cette troisième série d'expériences donne des résultats absolument concordants. Un point très intéressant de cette communication, c'est que contrairement à ce qui se passe d'habitude dans les expériences sur les animaux, les lapins inoculés ont reproduit d'une façon assez complète les symptômes de la grippe chez l'homme.

Au point de vue clinique, M. Mossé présente les propositions suivantes :

1° La quinine, directement ou indirectement, exerce une action préventive et une action frénatrice sur les manifestations de l'infection grippale. Les désaccords à cet égard entre les auteurs viennent peut-être de l'insuffisance des doses administrées et des circonstances différentes dans lesquelles les observateurs se sont trouvés placés.

La question de la dose à prescrire limitera probablement dans la pratique les services que l'on pourrait attendre de la quinine comme médicament prophylactique. Cependant son emploi ou celui du quiquina semble justifié comme celui d'un médicament capable de modérer, au moins dans une certaine mesure, les effets de l'infection grippale et d'ailleurs toniques.

2° Comme médicament abortif, la quinine peut et doit être prescrite à doses relativement élevées. Si elle ne guérit pas la maladie, du moins elle paraît souvent réussir à modifier heureusement les phénomènes d'intoxication et à rendre l'organisme plus fort contre l'envahissement des infections secondaires (pneumocoques, etc.), auxquelles l'asthme grippal ouvre souvent la porte.

3° Si ces invasions se réalisent, il importe, en particulier dans les infections pneumonococciques (graves) pulmonaires ou autres, de tenter sans retard d'apporter à l'organisme défaillant l'aide que les injections quiniques peuvent lui offrir.

Sur trois cas de pneumonie grippale très grave, contre lesquels il a institué cette médication, sans exclusion des agents thérapeutiques paraissant indiqués, M. Mossé a été assez heureux pour voir deux fois la guérison survenir chez des individus pour lesquels un état de misère physiologique antérieur assombrissait encore le pronostic.

Variole à Paris. — M. Hervieux. Depuis cinq semaines, on

a pas constaté un seul décès de variole à Paris ; ce fait n'y vait pas été observé depuis quinze ans. Il est d'autant plus marquable que l'épidémie qui a débuté à Paris, l'an der- er, paraissait devoir s'aggraver avec la plus grande rapi- té et que la mortalité des premières semaines était sem- able à celle des premières semaines dans les épidémies ıtérieures. Or, celles-ci ont toujours duré plusieurs an- ées et ont fait un nombre considérable de victimes.

Cette fois, grâce aux mesures prises par la Ville de Paris our la revaccination à domicile et la désinfection, service rigé par le Dr A.-J. Martin, grâce à la multiplicité des pérations vaccinales faites de tous côtés et notamment par service vaccinal de l'Académie, l'épidémie a été jugulée ans un délai très bref. Ce fait témoigne une fois de plus n faveur de la nécessité de rendre la vaccination et la re- accination obligatoires en France.

Bicyclette. — M. Albert Robin relate l'observation d'un omme atteint de gravelle urique et oxalique chez lequel, à suite d'un usage modéré de la bicyclette, les dépôts uri- aires diminuèrent notablement.

Les analyses d'urine qui furent pratiquées avant, pen- ant et après l'usage modéré de la bicyclette (trois quarts 'heure chaque matin sur un terrain plat et uni) dénotèrent ne diminution notable de l'acide urique qui est tombé de 0,46 à 0,67 ; les autres principes de l'urine n'ont subi que es variations insignifiantes.

Cette diminution n'est pas le résultat d'un défaut d'éli- ination, car l'excrétion d'acide urique est la même à la ériode de repos et à la période d'exercice. Il y a donc vé- itablement diminution dans la formation de l'acide uri- ue.

M. Albert Robin communique ensuite l'observation d'un omme de 44 ans, athéromateux, qui présentait depuis rès d'un an des traces d'albumine dans l'urine et qui est robablement atteint d'une sclérose rénale commençante ; ous l'influence d'un usage modéré de la bicyclette, l'albu- nine s'accrut. La bicyclette doit donc être déconseillée aux ersonnes qui ont des traces d'albumine dans l'urine.

A 4 heures 1/2, l'Académie se forme en comité secret our entendre les conclusions de rapports sur les prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 octobre 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Contribution à l'étude du péristaltisme stomacal chez l'homme. — M. Hanot. La question du péristaltisme stoma- cal chez l'homme est et restera longtemps obscure. C'est qu'en effet ce point de physiologie, qui paraît si accessible aux investigations, n'a été résolu jusqu'ici que d'une façon détournée, soit par la méthode expérimentale concluant témérairement de ce que l'on observe chez les animaux à ce qui doit se passer chez l'homme, soit par des observa- tions de pathologie humaine où l'organe mis à nu acci- dentellement ne fonctionnait plus dans les conditions nor- males.

L'observation que je rapporte est très intéressante à rap- procher de celle de Kussmaul où la dilatation de l'estomac et les mouvements de l'organe ont été parfaitement notés.

On peut, en face de ces cas, établir les propositions sui- vantes :

L'estomac de l'homme, dont le péristaltisme latent ne s'exerce vraisemblablement qu'au moment de la digestion, peut, dans certains cas pathologiques, être le siège de mou- vements rythmiques permanents rendus apparents à tra- vers la paroi abdominale par la dilatation et l'énergie de ses contractures.

Il se contracte d'autant plus vivement que sa cavité est plus pleine ; les contractions s'effectuent suivant le mode péristaltique, les ondes contractiles cheminant du cardia vers le pylore, interceptant entre elles un segment d'organe en état de relâchement et entraînant vers l'orifice pylorique le contenu de la poche ainsi formée.

On observe parfois des ondes antipéristaltiques partant du pylore ; mais elles sont inconstantes et toujours avor- tées ; elles ne précèdent pas les effets de vomissements.

Un point reste dans l'ombre : à quel facteur peut-on attribuer cette exagération du péristaltisme ?

Est-il dû simplement à la sténose de l'orifice pylorique, contre lequel le viscère, progressivement distendu par les ingesta, s'acharne et s'épuise ?

Ce mécanisme paraît le plus vraisemblable et a ses ho- mologues en d'autres points de l'organisme : telles sont les contractions violentes de l'intestin en face d'un étran- glement.

Sans rejeter cette explication qui a incontestablement sa part de vrai, nous devons nous demander si elle est suf- fisante et nous devons lui opposer les deux séries de faits suivants :

1° Les cas nombreux où il a été constaté une occlusion pylorique, sans qu'on ait pour cela remarqué de péristal- tisme stomacal apparent.

2° Les cas où le phénomène existait en l'absence de sté- nose.

Quoi qu'il en soit, tout en réservant la part idiosyncra- sique prise par le système nerveux, nous pensons que la cause principale apparente observée chez notre malade a été la rapidité de déformation de l'obstacle, la sténose presque subite de l'orifice pylorique.

L'estomac a été entravé brusquement dans ses fonctions motrices, alors que son système nerveux était en pleine ac- tivité, ce muscle est tétanisé, luttant obstinément contre un obstacle auquel il n'était pas préparé et il n'a cessé ses contractions qu'après épuisement.

Note sur un cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif. — M. Armand Siredey. Il s'agit d'un malade envoyé au ser- vice d'isolement avec le diagnostic de scarlatine. Il était, en réalité, atteint d'érythème scarlatiniforme desquamatif, qui évolua comme les cas de ce genre : il y eut un léger suin- tement autour des oreilles, un gonflement très marqué des mains et des pieds, une desquamation abondante et lente, suivie rapidement de l'exfoliation de l'épiderme de nouvelle formation. Avant la fin de la desquamation, il se fit une vé- ritable éruption de furoncles apparaissant simultanément en divers points éloignés. Cette furonculose était-elle liée à la même cause que l'érythème, ou plutôt à une infection secondaire, en rapport avec les démangeaisons et les grat- tages répétés qui en étaient la conséquence, et excoriaient facilement l'épiderme nouveau, mince et peu résistant ? Après une enquête minutieuse, on apprit que huit jours et quinze jours avant son entrée à l'hôpital le malade avait fait une friction sur la région pubienne avec de l'onguent napo- litain pour lutter contre une invasion de phtiriase. Il existait en outre une blennorragie. La rougeur lie de vin de l'érup-

tion, la présence de quelques petites vésicules sur les oreilles, l'intensité des lésions cutanées au niveau du pubis avaient fait admettre l'origine mercurielle de l'éruption, malgré le temps qui s'était écoulé entre les frictions et l'apparition de l'érythème, ou du moins sa généralisation.

Cette étiologie fut bientôt confirmée par l'expérimentation. La desquamation était à peine achevée qu'il survenait une nouvelle éruption papulo-érythémateuse, cette fois, due peut-être à une récidive de la première, mais qui fut légère et peu persistante.

A la suite d'un pansement humide avec sublimé à 1/2000 sur des furoncles de la main, au bout de vingt-quatre heures, le bras était, jusqu'à l'épaule, le siège d'un érythème intense scarlatiniforme. Le même érythème se montra quelques jours plus tard sur le dos à la suite d'une simple lotion superficielle de sublimé. L'expérience renouvelée plusieurs fois, et avec des préparations hydrargyriques variées, donna constamment les mêmes résultats. On fit ainsi, successivement, des lotions simples et des pansements avec des solutions de sublimé à 1/2000, d'oxycyanure à 1/1000, de biiodure à 1/4000, une application de pommade au précipité jaune à 1/20. Chacune de ces tentatives fut suivie d'une poussée érythémateuse plus ou moins violente ; quelques-unes se généralisèrent et furent suivies de desquamations.

Des lotions faites à l'eau simple, à l'eau phéniquée à 1/20, des pansements phéniqués humides à 1/40, des compresses de résorcine à 1/500, des applications d'iodoforme en poudre ne provoquent aucune éruption.

Des compresses d'eau naphtolée à 1/2000, renouvelées pendant trois jours sur le même point, reproduisirent également un érythème à peu près généralisé.

Le malade prit pendant huit jours, alors que l'éruption venait de finir, 4 grammes de copahu par jour, sans aucune complication.

L'extrême impressionnabilité du malade vis-à-vis des préparations hydrargyriques confirmait l'étiologie qui avait été admise.

Or on ne saurait trop insister sur la fréquence de ces éruptions médicamenteuses, souvent méconnues. Nombre d'érythèmes scarlatiniformes observés au cours de la fièvre typhoïdes relèvent du salol pris comme antiseptique pendant la maladie, du calomel donné comme purgatif ou de pansements au sublimé. Ce qui contribue à entretenir l'erreur souvent commise en pareil cas, c'est que, chez des sujets prédisposés, il suffit de doses extrêmement minimes pour provoquer des accidents sérieux. On a signalé des cas d'hydrargyrie (Morel-Lavallée) après l'ingestion de 20, 15 et même 10 centigrammes de calomel — après une seule cautérisation avec le nitrate acide de mercure (Fournier). Or, à mesure que ces influences médicamenteuses sont mieux connues, le groupe des érythèmes infectieux diminue et celui des érythèmes toxiques augmente. Ces derniers sont assurément les plus fréquents.

Goitre exophtalmique rapidement amélioré par la médication thyroïdienne. — M. J. Voisin, au mois d'août dernier, prescrivit à une femme atteinte de maladie de Basedow 6 à 8 grammes par jour de glande thyroïde de mouton, à prendre en deux fois avant chaque repas dans un peu de confiture. Au bout de quinze jours, une amélioration notable s'était produite chez la malade. Cette femme qui, indépendamment de son goitre et de son exophtalmie, présentait une irritabilité excessive, du tremblement, de l'insomnie, des palpitations avec étouffement et œdème des membres inférieurs, avait repris ses occupations, était moins irritable, moins oppressée, moins incommodée par les battements de cœur, le pouls était tombé à 100, l'œdème des membres inférieurs avait disparu.

Diphtérie. — M. Goldschmidt présente une note sur le traitement de la diphtérie par le perchlorure de fer à l'intérieur (une cuillerée à café toutes les deux heures) d'une solution à un vingtième.

Kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine. — MM. Debove et Soupault. A la séance de la Société des hôpitaux du 9 décembre 1892, M. Debove avait communiqué l'observation d'une jeune fille chez laquelle il avait diagnostiqué un kyste du foie ouvert dans le péritoine. La malade sortit de l'hôpital en février 1893 avec un état général satisfaisant, sans tuméfaction du ventre.

On était donc en droit d'espérer une guérison définitive, malheureusement, en 1894, elle eut une rechute, qui détermina la mort, en dépit d'une intervention chirurgicale. L'autopsie a confirmé le diagnostic porté par M. Debove, lors de cette rechute, et qui était le suivant : hyste hydatique du foie rompu dans le péritoine, greffe péritonéale et suppuration des hydatides.

SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 11 juillet 1894. — Présidence de M. Rotillon.

La correspondance comprend : 1° Une lettre de candidature du Dr Triboulet. La Commission chargée du rapport se compose de MM. Billon, Rotillon et Kinzelbach ;

2° Une statistique médicale adressée par les médecins des Bureaux de bienfaisance de Bordeaux ;

3° Un ouvrage du Dr Panet intitulée : *Médecine préventive ou organisation du service sanitaire*. M. Meugy est chargé de présenter un rapport sur cet ouvrage ;

4° Une lettre du Dr Billon, qui a été délégué au Congrès d'assistance de Lyon, et qui s'excuse de ne pouvoir, pour cause de maladie, assister à la séance et rendre compte de sa mission. Il le fera à la prochaine réunion, mais dès aujourd'hui, il se fait un devoir de faire connaître quel chaleureux accueil nos collègues de Lyon lui ont réservé, soit dans l'enceinte, soit en dehors du Congrès. Il est heureux de leur exprimer à nouveau ses sentiments émus de vive gratitude.

Obsèques de M. Carnot. — M. le secrétaire général rend compte des mesures que, de concert avec le président, il a cru devoir prendre, en présence du terrible événement qui a provoqué, de tous côtés, une si profonde et douloureuse émotion. Aussitôt la fatale nouvelle connue, il s'est empressé de s'inscrire sur les registres de l'Elysée, au nom de la Société tout entière. Une couronne funéraire a été envoyée. Il eût, en outre, été désirable que la Société fût représentée aux funérailles par son Bureau ; mais, la Société ne possédant aucun insigne distinctif, ce désir n'a pu être réalisé. M. Rotillon, président, a bien voulu nous représenter, en figurant dans le cortège.

Cette communication est reçue par des marques unanimes de vive approbation.

Candidature du Dr Cart. — M. Kinzelbach lit un rapport sur la candidature du Dr Cart qui est admis à l'unanimité.

Des plaintes contre le service médical. — M. Dusseaud relève les abus et les graves inconvénients qu'entraîne pour les médecins le fait assez commun dans l'administration de ne point communiquer aux intéressés les plaintes de toute nature qui viennent à être formulées contre eux. Il en résulte qu'un prévenu ne peut utilement se défendre, s'il est attaqué pour une plainte remontant à plusieurs mois et même à plusieurs années, ainsi que le cas s'est récemment présenté.

Il demande que toute plainte, retenue par l'administration, soit immédiatement communiquée aux médecins.

M. Jarry ajoute que toute plainte, non communiquée dans un court délai, soit considérée comme nulle.

Ces deux propositions sont adoptées.

M. Dusseaud, à propos de cette question des plaintes, invite la Société à protester contre les insinuations aussi malveillantes qu'injustes proférées tout récemment au Conseil municipal contre les médecins des Bureaux de bienfaisance, en raison de leur service.

MM. Le Coin et Rotillon s'associent à cette protestation, tout en faisant remarquer que ces insinuations ont été relevées par M. le préfet de la Seine et le directeur de l'Assistance publique, lesquels, dans cette circonstance, ont énergiquement pris notre défense.

Diagnostic à inscrire sur les fiches de consultations. — M. Drouet a été invité par le secrétaire-trésorier de son arrondissement à inscrire sur les fiches des malades le nom de leur maladie. Frappé des multiples inconvénients d'un pareil procédé, dangereux pour l'intéressé s'il s'agit d'une maladie incurable, et violant dans une certaine mesure le secret professionnel, il s'est rendu auprès de M. Beaudoin des Salles, lequel, tout en insistant sur les nécessités de la statistique, a reconnu qu'on pourrait obvier aux abus, en désignant chaque maladie par un signe ou une lettre connue de l'administration. Mais, il serait indispensable que ce signe ou cette lettre fut uniforme pour tous les médecins des Bureaux de bienfaisance. Aussi M. Beaudoin des Salles a-t-il invité officiellement M. Drouet à soumettre cette question à la Société, dont l'administration accepterait sans aucun doute la décision à cet égard.

M. de Pradel propose l'inscription des malades par leurs noms scientifiques : Bacillose pulmonaire, épithélioma, etc.

M. Meugy pense qu'une bonne pratique consisterait à faire remettre les fiches aux médecins directement par les surveillantes. Les malades auraient un numéro d'ordre correspondant à ces fiches. C'est du reste ce qui a lieu dans nombre d'arrondissements.

M. Bimsenstein pense que chaque médecin du service des consultations, pourrait, de son propre chef, adopter une semblable organisation qui lui paraît répondre le mieux à tous les desiderata.

MM. Drouet et Meugy se basant sur la nature administrative de cette question, demandent à la Société d'émettre le vœu que l'administration prenne les mesures nécessaires pour que le diagnostic inscrit par le médecin sur les fiches de consultation ne vienne pas à la connaissance du malade.

Cette proposition est adoptée.

De l'indemnité des médecins des Bureaux de Bienfaisance en cas de maladie. — M. Bimsenstein considère comme injuste et trop rigoureux le règlement qui enlève aux médecins des Bureaux de Bienfaisance, en cas de maladie, la totalité de leur indemnité. Se basant d'autre part sur ce que dans plusieurs sociétés analogues à la nôtre, notamment à Lyon, cette retenue n'existe pas, il propose qu'il soit émis le vœu que l'indemnité soit conservée aux médecins des Bureaux de Bienfaisance, en cas de maladie.

MM. Malbec, Le Coin, Meugy s'opposent à cette demande, en alléguant qu'elle nous assimilerait à de véritables employés ou fonctionnaires, qualification qui n'est point la nôtre et que nous devons repousser.

La proposition de M. Bimsensteim n'est pas adoptée.

Les nominations au service de l'Etat-Civil. — M. Rotillon explique le grave préjudice porté aux médecins des Bureaux de Bienfaisance, par l'application du règlement préfectoral en date du 6 février 1882, qui régit le mode de nomination des médecins à l'Etat Civil. En vertu de ce règlement, ces derniers sont pris alternativement sur la liste des médecins inspecteurs des Ecoles et des Bureaux de Bienfaisance. Or, ces deux listes étant numériquement fort inégales, la première comprenant 125 noms, la deuxième 285, il en résulte que les médecins des Ecoles sont beaucoup plus privilégiés puisqu'ils sont nommés dans une proportion de presque 3 contre 1. Il y a là une injustice flagrante qu'il était important de signaler.

Plusieurs membres font remarquer que l'interprétation de M. Rotillon est rarement justifiée, attendu que dans la plupart des arrondissements, les médecins des Ecoles sont en même temps médecins des Bureaux de Bienfaisance. Il en résulte que, presque toujours, c'est parmi ces derniers que sont choisis les médecins de l'Etat Civil.

Cependant, la règle n'est pas générale dans toutes les mairies. Sur la proposition de M. Meugy, la Société adopte à l'unanimité le vœu que les places de médecins de l'État civil soient réservées aux médecins des Bureaux de Bienfaisance par ordre d'ancienneté.

Des pharmaciens en même temps fournisseurs et médecins des Bureaux de Bienfaisance. — M. Gresset. Il y a quelques mois, la Société consultée par l'administration a émis le vœu qu'il y eût incompatibilité entre les fonctions de médecin du traitement à domicile et de médecin de la consultation, et entre celles de pharmacien et de médecin des Bureaux de Bienfaisance. A la suite de ce vœu, le service de la consultation qu'un de mes confrères et moi assurions provisoirement dans le XIIIe arrondissement nous a été retiré aussitôt, tandis qu'on a laissé le traitement à domicile dans le XIIe à un pharmacien de notre arrondissement, fournisseur des Bureaux de Bienfaisance.

En présence de cette situation, et à l'occasion aussi du prochain concours, je viens proposer à la Société de renouveler et de présenter encore à l'administration le vœu relatif à l'incompatibilité entre les fonctions de pharmacien et celles de médecin des Bureaux de Bienfaisance.

M. Le Coin reconnaît le bien fondé des observations de M. Gresset. La Société, qui a déjà exprimé sur cette question un avis conforme au désir de notre confrère, ne peut que déplorer les faits qui lui sont soumis, jusqu'à ce que la loi interdisant le cumul des professions de pharmacien et de médecin soit décrétée et mise en vigueur.

Par suite des vacances, la prochaine réunion aura lieu le deuxième mercredi du mois d'octobre.

Le Secrétaire : Dr Bimsenstein.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre.— Présidence de M. Lucas-Championnière.

Méat hypogastrique. — M. Bazy. J'ai, en 1882, présenté un travail sur le méat hypogastrique pour remédier aux hémorrhagies vésicales, aux cancers de la vessie, etc. Puis plus tard Thompson a préconisé la boutonnière périnéale. Cette année j'ai fait quatre fois le méat hypogastrique pour des tumeurs vésicales dans trois cas et une fois pour une hypertrophie de la prostate. Ce n'est donc pas de parti pris que je suis peu enthousiaste de l'opération de Poncet.

Le cathétérisme donne des résultats plus satisfaisants. Le drainage par les voies naturelles me paraît plus rationnel et moins grave. Le traitement s'adresse non à la prostate hypertrophiée elle-même, mais bien aux symptômes qu'elle détermine.

La sonde à demeure peut remplacer la cystostomie. Les indications de la cystostomie résultent seulement des complications.

Celles communes à tous les urinaires, la douleur, l'hémorrhagie, l'infection peuvent revêtir toutes les formes, tous les degrés. Les douleurs sont calmées par des lavages, le régime ; si la cystalgie est calculeuse, la lithotritie la fera disparaître. L'infection à forme aiguë est plus difficilement curable. La taille hypogastrique ne donne pas les résultats qu'on semblait devoir en attendre dans les cas particuliers.

Comme conclusion, le cathétérisme, la sonde à demeure, l'antisepsie de la vessie par des lavages répétés me paraissent des procédés beaucoup plus simples et tout aussi efficaces que le méat hypogastrique.

Je réserve la taille aux seules vessies calculeuses irritables, à colonnes, les autres doivent être traitées par la lithotritie.

La ponction n'est qu'un mode d'exception. Elle est rarement utile. Le cathétérisme chez les prostatiques est rendu facile par la variété des sondes mises à la disposition des chirurgiens en face d'une prostate hypertrophiée.

Dans les faits où le cathétérisme est difficile à répéter, où il provoque des douleurs, où la sonde à demeure ne peut être supportée, le traitement général, des précautions thérapeutiques, peuvent rendre supportable la sonde à demeure.

Dans les cas de vessies dilatées lentement, chroniquement, que l'infection guette, on pourra songer à l'opération de Poncet.

Le méat artificiel ne doit être qu'une exception, une dure nécessité.

Ablation du rectum par le procédé de Kraske. — M. Zancarol (d'Alexandrie) présente quatre observations :

Femme 34 ans. Cancer du rectum. Résection du coccyx et du sacrum, sans ouvrir le péritoine. Résection du sphincter. Ablation du rectum. Suture métallique de l'intestin à la peau. Deux mois après, guérison, la malade peut retenir les matières fécales.

L'opération date de dix-huit mois, sans récivide.

Femme 40 ans. Cancer du rectum et du vagin. Les lésions du rectum remontaient au-dessus du péritoine. Le vagin et le rectum furent enlevés après suture du péritoine. Suture avec drainage par mèche de gaze iodoformée. Collapsus postopératoire. La malade guérit un mois et demi après l'opération. Celle-ci date de six mois sans récidive.

Homme 38 ans. Cancer du rectum. Suture à la soie du péritoine et au crin de la peau. Collapsus pendant quarante-huit heures. Suppuration. Cinquante jours après, guérison. Quatre mois plus tard, pas de récidive.

Homme de 40 ans. Cancer de l'anus. Extirpation de 9 centimètres de rectum. Suture du péritoine à la soie. Drainage par la gaze iodoformée. Guérison au bout de deux mois.

M. Quénu. Les quatre malades de M. Zancarol ont suppuré. C'est qu'il est tout à fait difficile, sinon impossible, d'aseptiser la région. Comme opération préliminaire, il serait donc bon de faire le curettage du cancer du rectum.

La conservation de la fonction est le but de l'opération de Kraske. Or, M. Zancarol a, dans un cas en particulier, enlevé l'anus ; il est difficile de croire qu'il a laissé des fibres du sphincter. Ce sont les fibres circulaires lisses de l'intestin qui viennent suppléer à l'absence du sphincter.

M. Routier. Je ne crois pas qu'en curettant la surface du cancer rectal on rendrait impossible la suppuration. Il y a, de plus, des parois rigides du petit bassin, qui n'ont pas de tendance à se rapprocher, et empêchent, par suite, la réunion par première intention.

M. Richelot. Quand on attire le rectum d'une assez grande hauteur on est souvent forcé de sectionner le mésorectum, et par suite, le rectum est mal nourri et de là sphacèle d'une partie du bout supérieur du rectum, d'où la suppuration qu'on ne peut éviter.

M. Zancarol. La suppuration n'est pas dangereuse dans la plupart des cas et ne saurait être évitée.

Adénome polypeux du rectum. — M. Deny (d'Ypres).

Uranoplastie facile. — M. Félizet. Les sutures et leur solidité sont les nécessités absolues d'une bonne uranoplastie. La tension d'une étoffe insuffisante et la contraction des muscles du voile font que souvent la suture ne prend pas. Cette grande difficulté de la réussite a multiplié les incisions et les procédés. Je pense que c'est à la suture qu'il faut s'adresser pour s'assurer le succès.

C'est la tension du voile qui, pour nous, agit et fait couper les tissus par les sutures. Depuis dix-huit mois, je fus frappé de voir avec quelle rapidité guérissent les plaies du voile du palais. C'est ce traumatisme, pont les suites sont si bénignes, que nous avons voulu imiter dans l'opération que nous préconisons.

A un centimètre à peu près de la fissure du voile, nous incisons complètement toute l'épaisseur du voile du palais au niveau de l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. De là un orifice complet analogue à celui produit par un traumatisme. Dès cette incision faite, le voile du palais s'affaise et tombe flasque. Au moyen d'un instrument maintenant les lèvres de l'incision, nous pouvons très facilement faire les points de suture latéraux, laissant largement ouverte la perte de substance au centre du voile du palais. Le lendemain le gonflement des parties a comblé cette grande perte de substance et entre le sixième et le huitième jour on peut enlever les points de suture.

La guérison est dès lors parfaite assurée, qu'elle est par l'absence de tumeurs du voile, dont la partie centrale se sépare seule, spontanément comme le fait toute perte de substance traumatique. On peut constater l'excellent résultat obtenu chez le petit malade que je présente.

Chéiloplastie de la lèvre inférieure par un lambeau emprun-

tè à la lèvre supérieure. — Présentation du malade par M. Larger. La communication a été faite dans la dernière séance.

Cystostomie sus-pubienne. — Présentation d'un malade par M. Routier.

F. Verchère.

VARIÉTÉS

L'affaire Lafitte.

Mémoire à consulter remis à M. le Président de la République à l'appui d'une demande de grâce, en faveur de M. *le* Dr Lafitte, *par* MM. Haussmann *et* Gauthier (de Clagny), *ses conseils et défenseurs judiciaires ;* Cornil, Cézilly *et* de Ranse, *syndics de « l'Association de la Presse médicale » ;* Marcel Baudouin *et* Gilles de la Tourette, *secrétaire général et membre de cette Association.*

I. — Procédure.

A la fin de janvier 1894, le Parquet de Mantes recevait une lettre anonyme disant qu'une fille Chevalier, de Moissan, enceinte pour la troisième fois, cherchait à se faire avorter pour la troisième fois.

Le Parquet envoie le Dr Bonneau, seul, examiner cette fille ; le docteur constate qu'il y a eu accouchement et la fille Chevalier déclare qu'elle est tombée la veille d'une échelle et a fait une fausse couche. Le docteur, n'ayant pas qualité pour faire une perquisition, demande où est le fœtus, et la fille répond qu'elle l'a jeté à la Seine pour que sa mère n'en sût rien.

Lorsqu'elle se trouve, quelques jours après, en présence des magistrats, elle déclare que, lors de la visite du Dr Bonneau, le fœtus était dans la table de nuit et que, le lendemain, sa mère l'a jeté à la Seine. Elle ajoute qu'elle n'est pas tombée d'une échelle, mais qu'elle a reçu du Dr Lafitte (de Rosny) des breuvages abortifs et qu'elle a subi de sa part des manœuvres abortives.

Le Dr Lafitte, entendu, raconte comment cette fille lui a été présentée par une sage-femme, quel était son état, et quel traitement il lui a fait suivre. La fille Chevalier nie énergiquement avoir été amenée par la sage-femme. Plus tard, elle prétendra que la sage-femme a assisté au premier examen du Dr Lafitte et qu'elle tenait même son corset.

Toutes les pièces du procès et en particulier les rapports des experts médicaux fourmillent des mensonges de la fille Chevalier. Et, cependant, c'est uniquement sur les dires de cette fille que le Dr Lafitte a été poursuivi et condamné.

Un seul point pouvait paraître constituer une charge contre le Dr Lafitte : c'est que cette fille reconnaissait et décrivait certains instruments.

Mais il ne faut pas oublier les termes de la lettre anonyme !

Pourquoi l'instruction n'a-t-elle pas porté sur le passé de la fille Chevalier ? Pourquoi n'a-t-on pas recherché si elle s'était fait avorter antérieurement ? Si cela est exact, elle peut parfaitement connaître certains instruments et l'emploi du tampon. Et alors cet argument, qui est le seul, disparaît.

Une fille menteuse accuse un médecin de faits graves et on ne recherche pas ce qu'est cette fille ! On échafaude une accusation d'avortement, sans avoir le fœtus que la fille a fait disparaître !

A un autre point de vue, la situation du Dr Lafitte est bien étrange. On a reçu ses explications au commencement de février ; puis il n'a plus entendu parler de rien, lorsque, au mois de juillet, la gendarmerie est venue l'arrêter. Huit jours après, il était jugé et condamné.

Le Dr Lafitte savait que la fille Chevalier était arrêtée et accusée ; il avait été appelé à fournir au juge d'instruction et aux experts des explications ; mais, à aucun moment, il ne s'est considéré comme un accusé.

Pourquoi, contrairement à toutes les règles, ne l'a-t-on pas appelé, à la fin de l'instruction, pour subir ce qu'on appelle « l'interrogatoire définitif » ? Pourquoi ne lui a-t-on pas fait savoir qu'il a été considéré comme inculpé d'avortement ? Pourquoi ne lui a-t-on pas fait savoir que le dossier allait être transmis à la Chambre des mises en accusation ?

S'il avait connu cette situation, que tout accusé doit connaître, il aurait pu adresser un mémoire à la Chambre des mises en accusation, et celle-ci, si elle n'avait pas, sur ce mémoire, rendu un arrêt de non-lieu, aurait *certainement ordonné un supplément d'informations.*

Alors la lumière se serait faite ; on aurait eu des renseignements d'abord sur le passé excellent du Dr Lafitte, ensuite sur cette fille ; on aurait su si, oui ou non, elle avait déjà été enceinte et si elle s'était livrée autrefois à des manœuvres abortives.

II. — Analyse des expertises médico-légales contenues dans les pièces de la procédure.

Les poursuites contre la fille Chevalier ont été ordonnées à la suite d'une dénonciation par lettre anonyme, dans laquelle on l'accusait d'avoir fait trois avortements ; celui dont le Dr Lafitte aurait été le troisième. Nous ferons remarquer que ni dans l'instruction, ni dans les questions posées aux experts, ni dans les rapports de ces derniers, il n'est, sur ce point, fait mention des antécédents de la fille Chevalier. Il eût été cependant nécessaire de rechercher la vérité à cet égard, non seulement au point de vue de la criminalité, mais aussi au point de vue de l'appréciation de l'état des organes génitaux antérieur aux faits à sa charge. Or, nous ne savons nullement, d'après le rapport des experts, si cette fille, âgée de 27 ans, était bien réglée auparavant et quelle avait été sa vie sexuelle antérieure.

D'après ses propres affirmations, la fille Chevalier a accouché prématurément le lundi 29 janvier. M. le Dr Bonneau, commis par le juge d'instruction du Parquet de Mantes, l'examine le 31 janvier ; il trouve les seins recouverts d'une épaisse couche de persil, qui, dans les préjugés populaires, aurait la propriété d'empêcher la montée du lait ; il constate que les seins, un peu tendus et légèrement veinés, laissent suinter au mamelon quelques gouttes de lait. Ces constatations corroborées par le volume de l'utérus, l'écoulement des lochies sanguinolentes, d'odeur assez forte, et par la dilatation du col, par l'aveu enfin de l'inculpée, lui permettent d'affirmer qu'il y a eu un accouchement prématuré à quatre mois et demi à partir du début de la grossesse. M. le Dr Bonneau ne voit pas le produit de la conception, car la fille Chevalier lui dit qu'elle l'a jetée dans la Seine. Cette fille mentait, car le fœtus et le délivre

se trouvaient, pendant la visite même du Dr Bonneau, dans son vase de nuit, ainsi qu'en a déposé la mère.

C'est cette dernière, en effet, qui l'a jeté, plus tard, dans la Seine, où il a été impossible de le repêcher. La pièce à conviction la plus essentielle, le placenta et le fœtus, font donc défaut, alors qu'il eût été si facile à l'instruction de la saisir. Sur ces points si importants : l'âge, la conformation, l'état de conservation ou de putréfaction du fœtus, l'état du délivre, etc., on n'a d'autres renseignements que ceux fournis par la fille Chevalier, et nous verrons, par le dire même des experts, qu'il est impossible de leur ajouter foi.

Le 2 février, la fille Chevalier confirme en ces termes son avortement à M. le juge d'instruction de Mantes.

« Je vais vous dire la vérité. Je suis accouchée clandestinement le 29 janvier, à la suite des drogues que j'avais prises pour me faire avorter; le fœtus a été jeté à la Seine par ma mère. C'est la misère qui m'a fait commettre cet acte. »

Le 3 février, nouvelle enquête ; la fille Chevalier, pressée de questions, avoue que son avortement n'a pas été provoqué par elle-même, soit en se laissant tomber d'une échelle, soit en serrant son corset outre mesure comme elle l'avait déclaré tout d'abord, mais bien par M. le Dr Lafitte (de Rosny), qui s'était livré sur elle à des manœuvres abortives. Elle décrit alors les tampons qui lui ont été introduits par le Dr Lafitte et la sonde à double courant dont il s'est servi. Elle ajoute qu'à sa dernière visite il lui avait dit : « Voilà le cordon qui se pourrit (*sic*) ; venez lundi et tout sera terminé. » Toute l'accusation contre le Dr Lafitte est basée sur ces allégations, qui ont été longuement examinées par les experts et sur lesquelles nous reviendrons bientôt.

La fille Chevalier s'était adressée à une sage-femme, Mme Vve Chappart, au commencement de novembre, et lui avait demandé si elle pourrait lui faire revenir ses règles en retard. Remarquons que la fille Chevalier nie d'abord énergiquement qu'elle ait jamais été chez la sage-femme. Celle-lui lui conseille de voir le Dr Lafitte et même l'y conduit.

Le Dr Lafitte a examiné la fille Chevalier au courant de janvier. Elle était anémique et elle a dit qu'elle avait eu une menstruation difficile au début, avec des irrégularités et des retards analogues à celui qu'elle accusait. Le docteur a recherché les signes d'une grossesse commençante, sans en découvrir aucun de précis; il a constaté l'existence d'une vaginite et de granulations du col de l'utérus; il a fait un pansement simple et lui a prescrit des injections de tannin et des pilules d'arséniate de fer, médicaments qu'il lui a remis. La fille Chevalier est revenue cinq fois dans les mêmes conditions. Le Dr Lafitte a renouvelé les pansement et continué la médication martiale, en y ajoutant du vin de quinquina. Les pansements consistaient en injection désinfectante d'eau boriquée, légère cautérisation des granulations avec le nitrate d'argent et tampon de ouate boriquée.

En ce qui concerne les allégations de la fille Chevalier relatives à une sonde à double courant et aux tampons, le Dr Lafitte nie énergiquement. Il ne s'est servi pour les pansements utérins que de tampons de coton placés simplement dans le vagin et non dans l'utérus. Il n'a jamais eu chez lui de sonde à double entonnoir et n'a jamais tenu le propos : « Voilà le cordon qui se pourrit. » Ces paroles, ainsi que l'ont d'ailleurs reconnu les experts médecins, ne peuvent venir en effet à la bouche d'un médecin, car le cordon est inaccessible à la vue et au toucher et il est impossible de connaître son état au début d'une grossesse. C'est un dire de matrone et non de médecin. Notons qu'une perquisition faite le 5 février chez M. le Dr Lafitte n'a amené la découverte de rien de suspect.

Les experts, MM. les Drs Bonneau et Dupont, dans un rapport en date du 20 février ; M. le Dr Vibert, dans son rapport en date du 14 février 1894, décrivent de nouveau l'état de la fille Chevalier et répondent aux questions posées par M. le juge d'instruction et qui sont les suivantes :

1° Si la fille Chevalier porte, notamment sur le col de l'utérus, des traces de violence, indiquer la cause probable de ces violences, qui pourraient peut-être résulter de l'introduction, dans le col de l'utérus, de tampons en éponges comprimées et séchées.

2° Si le traitement que M. le Dr Lafitte dit avoir ordonné pouvait procurer l'avortement; si les injections avec la poire en caoutchouc et l'application de tampons, même en ouate, n'étaient pas une médication très imprudente.

3° Si, étant données les explications techniques fournies par la fille Chevalier, il y a lieu de penser que l'avortement a été procuré par le docteur.

4° Le cas échéant, expliquer, en tenant compte des explications de la fille Chevalier, comment la fausse couche a pu se produire.

5° Enfin, comment il peut se faire qu'une fille de la campagne donne une description très exacte du tampon d'éponge comprimée et d'une sonde à double entonnoir.

1re *Question.* — La fille Chevalier est de petite taille, grêle de forme, au teint souffreteux et anémique ; ses seins sont peu développés, légèrement veinés ; du mamelon déprimé s'écoule une gouttelette de liquide lactescent. On constate sur le col entr'ouvert une exulcération rougeâtre, des granulations, un écoulement visqueux et opalin, une exulcération très légère du cul-de-sac vaginal, qui avait disparu déjà au moment de l'examen du Dr Vibert.

MM. Bonneau et Dupont affirment que les lésions circonscrivant l'orifice cervical ne sont pas le résultat de l'introduction dans le canal de tampons d'éponge comprimée.

M. Vibert constate qu'il n'y a ni piqûres, ni contusions, ni déchirures au col ; que l'orifice est bordé d'une zone assez régulière, rouge, granuleuse et légèrement exulcérée, ce qui répond plutôt à une inflammation chronique développée spontanément plutôt qu'à des lésions succédant à un traumatisme. Pour lui, l'introduction dans l'orifice du col d'un tampon ou éponge comprimée pourrait à la rigueur occasionner une inflammation du canal cervical ; mais on ne comprend guère comment elle pourrait produire une inflammation localisée au pourtour de l'orifice, région qui n'était pas touchée par le tampon.

2e *Question.* — A cette seconde question, à savoir si le traitement ordonné par le Dr Lafitte pouvait procurer l'avortement ou était tout au moins très imprudent, MM. Bonneau et Dupont répondent que ce traitement, à supposer que M. le Dr Lafitte ait soupçonné l'état de gestation, pouvait être un peu imprudent, mais était peu de nature à provoquer un avortement.

M. Vibert dit que le diagnostic de vaginite et de granulations du col, fait par M. le Dr Lafitte, était probablement exact d'après ses propres constatations, et que le traite-

ient prescrit était en conformité avec ce diagnostic et parfaitement correct ; que, même dans l'hypothèse que la fille Chevalier fût enceinte, ce traitement ne pouvait être considéré comme très imprudent ; pour lui, ni le lavage du col à l'eau boriquée ou tannique, ni l'application du tampon de ouate à la surface du col, ni une cautérisation légère au nitrate d'argent, ne sont des manœuvres capables de provoquer l'avortement, à moins qu'il ne s'agisse d'une femme d'une impressionnabilité exceptionnelle.

3e *Question.* — M. le juge d'instruction demandait si, étant données les explications fournies par la fille Chevalier il y a lieu de penser que l'avortement a été procuré par le Dr Lafitte.

C'est là le point le plus important du débat et pour ainsi dire le nœud de la question. La fille Chevalier affirme en effet que, dans les visites du 15 et du 23 janvier, le D Lafitte a introduit dans l'utérus un tampon paraissant être de l'éponge comprimée et que, de plus, il a fait pénétrer dans la même cavité une sonde à double courant, sans liquide dans son intérieur, mais dont l'introduction a été suivie d'une abondante hémorrhagie, procédés avec lesquels on arrive toujours à provoquer un avortement.

Mais on doit se demander tout d'abord comment, dans le décubitus d'une femme examinée au spéculum, celle-ci peut se rendre compte des opérations dont elle est l'objet. Elle peut voir un tampon, avant que le médecin l'introduise dans le vagin ; mais elle ne peut savoir où l'opérateur le place, si c'est dans le vagin ou dans l'utérus. Elle peut apercevoir sur la table du médecin une sonde ; mais elle ne le voit pas s'en servir et ne peut juger s'il l'emploie, et surtout s'il l'introduit dans la cavité vaginale ou dans la cavité utérine, car il n'y a pas de sensibilité de contact propre à chacun de ces organes. La malade ignore en pareil cas ce qu'on lui fait.

Ainsi que le disent les experts, la dilatation du col à l'aide d'éponge préparée ou de laminaire occasionne des douleurs parfois intolérables pendant tout le temps qu'elle se produit, c'est-à-dire plusieurs jours ; or la fille Chevalier n'a absolument rien senti pendant qu'elle avait gardé ces deux prétendus tampons, appliqués le 15 et le 23 janvier, c'est-à-dire jusqu'au 29 pour le dernier, en tout quatorze jours. Le second tampon, d'après son affirmation, plusieurs fois répétée, avait été plus petit que le premier. Or, c'est le contraire qui aurait eu lieu, si le Dr Lafitte avait voulu compléter la dilatation par un second tampon et pratiqué un avortement par le procédé de la dilatation.

Ce second tampon serait resté accolé au cordon ombilical, d'après la déclaration de la fille Chevalier, qui l'aurait fait brûler. Cela est tout à fait impossible, car un tampon placé dans le col utérin doit être expulsé longtemps avant l'issue du fœtus, et il est inadmissible qu'il affecte quelque rapport que ce soit avec le cordon qui ne peut sortir qu'à la suite du fœtus. Il aurait dû de plus être considérablement gonflé, tandis que, d'après la fille Chevalier, il n'était pas plus gros qu'au moment de son introduction.

Quant à la sonde incriminée par la fille Chevalier, MM. Bonneau et Dupont ont constaté que l'embout de la poire en caoutchouc, dont se servait M. Lafitte, était trop court pour atteindre le col à travers le spéculum ; qu'une sonde, répondant à la description de la fille Chevalier, était molle et très flexible, ce qui rendait impossible son introduction dans la cavité du col et du corps de l'utérus.

M. Vibert fait de plus remarquer que, si M. le Dr Lafitte avait employé le procédé du décollement des membranes à l'aide d'une sonde, il n'aurait pas eu besoin de dilater le col avec l'éponge, et *vice versa*. Un seul de ces moyens eût suffi

Les trois experts sont d'accord pour mettre en doute l'hémorrhagie si abondante, d'après les dires de la fille Chevalier, à la suite de l'application de la sonde. Il est fort improbable qu'elle fut arrêtée si vite et si complètement, malgré deux heures de marche aussitôt après l'opération : il est très improbable que la sonde, ayant été introduite les 17 et 23 janvier, l'avortement ne soit survenu que le 29 janvier (Vibert). Tardieu, cité par MM. Bonneau et Dupont, n'a pas vu l'avortement tarder plus de dix-huit heures après l'action de la sonde introduite dans l'utérus.

Voici maintenant les réponses des experts à cette troisième question :

MM. Bonneau et Dupont répondent qu'il y a lieu de penser que la fille Chevalier a été le témoin de manœuvres abortives ; mais, en présence de ses affirmations invraisemblables, ils ne peuvent dire si ces manœuvres ont été pratiquées par le Dr Lafitte ou par d'autres personnes. M. Vibert conclut en disant que la fille Chevalier décrit assez exactement les manœuvres employées par un avorteur ou une avorteuse ; mais la conduite qu'elle attribue au Dr Lafitte est, au point de vue technique, absurde et inutilement compromettante. En outre, la plupart des explications qu'elle donne, avec beaucoup de précision et d'assurance sur le détail des manœuvres, sont invraisemblables et inadmissibles.

4e *Question.* — Après ses explications, M. Vibert juge d'y répondre.

MM. Bonneau et Dupont disent : En tenant compte des réponses de la fille Chevalier, nous croyons que la fausse couche a été le résultat de manœuvres abortives.

5e *Question.* — MM. Bonneau et Dupont : Une fille de la campagne ne saurait donner une description aussi exacte des tampons d'éponge préparée et d'une sonde à double courant sans avoir vu ces objets, que ce soit chez le Dr Lafitte ou chez toute autre personne.

M. Vibert : Il semble impossible que la fille Chevalier ait inventé de son propre chef la description de l'éponge comprimée et de la sonde. Il faut admettre ou bien qu'elle a réellement vu ces objets chez le Dr Lafitte ou ailleurs, ou bien que quelqu'un les lui a dépeints.

III. — Opinion que l'on doit se faire des faits de la cause suivant les expertises médico-légales précédentes.

Maintenant que nous avons analysé les rapports des experts et reproduit leurs conclusions, nous formulerons de notre côté les réponses que cette lecture nous inspire.

Bien que les questions posées par M. le juge d'instruction nous paraissent formulées surtout en vue d'établir la culpabilité du Dr Lafitte nous y répondrons dans le même ordre que les experts.

1° Il est de toute évidence que les lésions du col constatées par les experts sont le résultat combiné de la vaginite et du catarrhe du col, que M. Lafitte avait traités, et des suites de la fausse couche, et qu'il n'y a aucune trace de tentative d'avortement.

2° M. le Dr Lafitte a employé un traitement recommandé contre la vaginite et les granulations du col ; il n'y avait pas lieu de supposer chez sa cliente une impressionnabilité

anormale de l'utérus, ni par conséquent une tendance à un avortement, car si elle souffrait au moment de l'introduction du spéculum, cela provenait surtout d'une atrésie vulvo-vaginale en rapport avec la vaginite. Le traitement institué par M. Lafitte était absolument correct, et incapable d'amener un avortement dans les conditions ordinaires.

3° Les mensonges successifs de la fille Chevalier qui dit d'abord qu'elle a jeté son enfant dans la Seine, alors qu'il était dans son vase de nuit; qui accuse M. Lafitte de lui avoir donné du safran pour la faire avorter, alors qu'elle s'était procuré cette substance longtemps avant d'avoir vu M. le Dr Lafitte, devaient inspirer a *priori* bien des doutes sur ses assertions. Celles relatives à une dilatation du col par l'éponge préparée ou à l'introduction d'une sonde pour décoller les membranes sont tout à fait invraisemblables. Elle peut faire deux lieues à pied après cette prétendue introduction d'une éponge préparée, et elle ne souffre nullement de la dilatation du col qu'aurait dû amener cette éponge. Elle avance qu'à la suite de l'introduction d'une sonde dans l'utérus, le 23 janvier elle a rendu une grande quantité de sang qu'elle a senti couler dans une cuvette. D'abord le sang aurait coulé à travers la cavité du spéculum et elle n'aurait pu ni en avoir la sensation ni le voir, puisqu'elle était couchée sur le dos; ses yeux ne pouvaient apercevoir la cuvette qui était au-dessous d'elle. L'instrument qu'elle accuse et indique était une sonde molle et très flexible, ainsi que l'affirment MM. Bonneau et Dupont. Avec une sonde molle et très flexible, il est impossible de pénétrer dans la cavité utérine; il faut pour cela un instrument tout à fait rigide.

Si M. Lafitte avait par impossible pénétré, avec une sonde molle et très flexible, dans la cavité utérine, c'est-à-dire entre la paroi de l'organe et les membranes, la pression de ces deux parties en comprimant la sonde n'aurait même pas permis l'issue du sang et ces deux surfaces auraient comprimé et bouché les yeux de la sonde.

Que penser encore de cette prétendue hémorrhagie très abondante, succédant à une introduction d'une sonde et au décollement des membranes, alors que cette hémorrhagie est arrêtée à la porte du cabinet du médecin; alors que la fille Chevalier fait de suite deux lieues à pied et vaque les jours suivants à son travail, sans que l'hémorrhagie se reproduise. S'il y avait eu, le 23 janvier, une manœuvre aussi efficace que le décollement des membranes suivi d'hémorrhagie abondante, nul doute que l'avortement n'eût suivi de près, au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures. Là, au contraire, ce n'est qu'au bout de six jours qu'il se produit. Nous ne revenons pas sur les invraisemblances relevées par les experts, d'un tampon d'éponge préparée, plus petit le 23 janvier que le 15 janvier, de ce tampon du 23 janvier, qui reste accolé au cordon, alors qu'il aurait dû être éliminé longtemps avant l'expulsion du fœtus, et nous aurions répondu à cette troisième question que les accusations de la fille Chevalier constituent un tel tissu d'invraisemblances et d'impossibilités, qu'on ne doit en tenir aucun compte.

4° Ce qui précède répond à la 4e question.

5° Il est évident que la fille Chevalier n'a pas inventé dans son imagination la description des éponges préparées et des sondes à double courant. Mais ce n'est pas à dire qu'elle les ait vues chez M. le Dr Lafitte. Elle a pu les voir ailleurs, en avoir entendu parler, ou avoir lu soit dans un roman, soit ailleurs, des récits d'avortement. D'après la lettre anonyme qui a motivé l'enquête, elle n'en était pas à son coup d'essai. Elle ne savait pas bien, d'ailleurs, ce qu'était une sonde propre à provoquer un accouchement prématuré, car elle a reconnu comme telle une sonde molle et flexible, avec lequel un avortement serait impossible.

Conclusions. — On est en présence d'un accouchement prématuré; mais personne n'a jamais vu le fœtus.

Il est bien certain que la fille Chevalier a fait des tentatives en vue d'avorter ; mais il n'est pas démontré que ces tentatives, ou d'autres manœuvres pratiquées par des tiers, aient obtenu l'effet qu'elle en espérait.

L'avortement se produit en effet souvent spontanément ; certaines femmes ont des séries d'avortements que rien n'explique, si ce n'est une certaine prédisposition en rapport avec une excitabilité anormale de l'utérus. Souvent aussi une fausse couche survient sous l'influence de causes très minimes, l'odeur d'une chandelle mal éteinte, disent les anciens accoucheurs, l'action de lever les bras en soulevant un fardeau, une émotion, etc.

Mais, admettons que la fille Chevalier ait avorté à la suite de manœuvres criminelles. Quelles sont les charges relevées contre le Dr Lafitte ? Ce sont uniquement les allégations de la fille Chevalier, qui a constamment menti, et sur le passé de laquelle on n'a aucun renseignement.

La question essentielle, qui résume toute l'affaire, est celle-ci : L'avortement est-il dû à des *manœuvres criminelles* tentées par le Dr Lafitte ?

Nous répondons de la façon la plus formelle par la négative.

Il résulte, en effet, de l'analyse des pièces du procès, qu'il n'existe pas une seule preuve valable de tentatives d'avortement, effectuées par le Dr Lafitte sur la fille Chevalier.

En faveur de M. le Dr Laffite, nous ne ferons valoir ni ses antécédents très honorables, ni ses états de service dans la médecine navale et aux colonies ; nous ne parlerons pas de ses cinq enfants et de sa mère, réduits à la misère par sa détention.

Mais nous nous demanderons quel mobile pouvait le pousser à une action criminelle. L'accusation a été dans l'impossibilité d'en trouver. Ce n'était pas l'intérêt, car il est démontré qu'il a reçu de sa cliente, pour cinq visites et pansements spéciaux, pour les médicaments fournis (pilules de fer, tannin pour injections, vin de quinquina, etc.) la somme totale de 33 francs.

Comme conclusion, Monsieur le Président, nous affirmons devant vous la conviction où nous sommes de l'innocence du Dr Laffitte, et nous vous prions de vouloir bien user en sa faveur de votre droit de Grâce.

Nous vous demandons une grâce complète, comme pour un innocent.

Hausmann, Gauthier (de Clagny), Cornil, Cézilly, De Ranse, Marcel Baudouin, Gilles de la Tourette.

Paris, le 22 octobre 1894.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*